เราจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ได้อย่างไร

How can we help an Alzheimer's patient and caregivers?

วิภาวี คงอินทร์ * D.N.Sc.
Wipawee Kongin
อรนุช ธรรมสอน **
Orranuch Thammsorn
สุชาพร ทิพย์สีนวล **
Suchaporn Thipsrinuan
สุภา แก้วบริสุทธิ์ **
Supa Kaewborrisuth

บทคัดย่อ

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราความชุกของโรคเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรสูงอายุทั้งในและต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร แม้สื่อต่าง ๆ จะเริ่มให้ความสนใจเผยแพร่เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์บ้างแล้วก็ตาม แต่ความเข้าใจเรื่องโรคอัลไซเมอร์ยังไม่เป็นที่กระจ่าง แม้ในวงการผู้ให้บริการทางสุขภาพ

บทความนี้เป็นการนำเสนอ ความรู้เกี่ยวกับโรคอัลไซเมอร์ในเรื่อง ความหมายของโรค พยาธิสภาพ สัญญาณเตือนของผู้ที่เริ่มมีอาการปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัย อาการแสดง การรักษา การดูแลผู้ป่วย ผลกระทบต่อผู้ดูแล และการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ที่รวบรวมมาจากการสัมมนาของกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่สอง ปีการศึกษา 2543 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งสรุปได้ว่าอัลไซเมอร์เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด การรักษาเป็นการรักษาตามอาการ อาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์ ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยอาการของโรคจะทวีความรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา การให้การดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยคือการกระตุ้นความจำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงมากที่สุด แต่ในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงเป็นหน้าที่ของญาติที่ต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเบื่อหน่าย และเกิดปัญหาสุขภาพ การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลคือ

---

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล-อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2543
Vol 15 No 3 July - September 2001

การให้ความรู้ สนับสนุน ประคับประคองผู้ดูแลในหลาย ๆด้าน ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และระบบเกื้อหนุนทางสังคมอื่น ๆ เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลพร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

คำสำคัญ : อัลไซเมอร์, ผู้ป่วย-การดูแล, ผู้ดูแล

Abstract

Alzheimer's disease is the one of the common diseases faced by elderly people all over the world. Nowadays, knowledge about Alzheimer's disease is not well established in Thailand. For only these last few years that the disease being interested by mass media and the Ministry of Public Health, since the prevalence has been rising. This article delineates the details of Alzheimer's disease. It includes the definition, pathological conditions, warning signs, risk factors, diagnosis, symptoms, treatment, nursing care, and the effects on caregiver. Alzheimer's disease occurs as a result of declination in brain function, especially cerebral cortex. Today, the real cause (s) of Alzheimer's disease has still not yet identified, Moreover, the disease itself is progressive and irreversible. Only symptomatic and supportive treatments are provided to the patient. Normally, a patient will turn to the final stage, the whole dependency stage and has been rely on caregivers. The caregiver has to sacrify his/herself to take care of the patient. This condition can cause a lot of psycho physiological stress to a caregiver and may cause illness later. Nurses, health care providers, other family members and even society should provide supports to caregivers of Alzheimer patient to foster their adaptation and enhance their quality of life.

Key words : Alzheimer, Patient care, Caregivers

บทนำ

ในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์เจริญรุดหน้าไปมาก ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น แม้ว่าความเจริญรุดหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่พบว่าปัญหาที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุคือการสูญเสียการรับรู้ตนเอง (loss of self) จากภาวะสมองเสื่อมซึ่งทำให้อายุขัยสั้นลงและคุณภาพชีวิตลดต่ำลง (Cohen & Eisdorfer, 1986 cited in Ganguli, 1997 ตามอ้าง วนาพร หลอยกร, 2542) พบว่าโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วโลก ปัจจุบันคาดว่าประชากรทั่วโลกราว 17-25 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) อัตราความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โรคนี้มักจะเป็นกับคนอายุสูงกว่า 65 ปี แต่ในบางรายอาจเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 40 (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543 ; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543) ส่วนอายุเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมักอยู่ประมาณ 80 ปี ถ้ามากกว่า

80 ปีไปแล้ว จะมีโอกาสเพิ่มเป็น 1 ใน 5 และที่อายุ 90 ปี การเป็นโรคจะเป็นครึ่งต่อครึ่ง (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543) สำหรับการสำรวจผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยพบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 4.1 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) จากการเสื่อมไปเองของสมองทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในเรื่องของความคิด ความจำ (วรรณิภา บุญระยอง, 2543) การดำเนินของโรคจึงเป็นไปในทางทรุดลงเรื่อย ๆ ทีละน้อย และเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และปิยนุช แจ่มจำรัส, 2540) สุดท้ายผู้ป่วยจะมีอาการเสื่อมถอยทางสติปัญญาอย่างมาก (วรรณิภา บุญระยอง, 2543 ; หมอบ้านนอก 2540) ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ อันจะเป็นภาระหนักของผู้ดูแล (วรรณิภา บุญระยอง, 2543) ที่ต้องอดทนในการให้เวลากับ ผู้ป่วยในการดูแลจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งในด้าน กิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตลอดจนความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด จากการศึกษาวิจัยพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแลจะมีความเครียดด้านจิตใจมากกว่าการดูแลผู้ป่วยทางกาย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2542) และเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เริ่มได้รับความสนใจในประเทศไทยในระยะไม่กี่ปีนี้ทำให้ความเข้าใจในโรคนี้ยังไม่แพร่หลาย บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรมีความรู้ สามารถให้ความช่วยเหลือครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ดี สนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไปทราบเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคอัลไซเมอร์มากยิ่งขึ้น

พยาธิสภาพ

Alzheimer's disease (AD) คือ โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคที่พบมากที่สุดในโรคสมองเสื่อมทั้งหมด คาดว่าถึงร้อยละ 80 ในคนไทยที่เป็นโรคสมองเสื่อม (หมอบ้านนอก, 2540) หรือวิถีประสาทที่เกี่ยวข้อง (กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค, 2540) ที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตำแหน่งเริ่มแสดงความผิดปกติจะอยู่บริเวณ Temporal lobe เมื่อพยาธิสภาพมากขึ้นก็จะพบกระจัดกระจายทั่วสมอง (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2541) จากการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะพบเส้นใยพันกันวุ่นวายและพบลักษณะของเส้นใยประสาทสมองพันเกาะรวมกันเป็นกระจุก (Neuritic plaques) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) ในเซลล์ประสาทส่วนกลางส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ ความจำจะพบโปรตีนชนิดหนึ่งชื่อ อะมัยลอยด์ (amyloid) อยู่รอบ ๆเซลล์ เส้นเลือดที่นำอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองค่อย ๆ เสื่อมลง ทำให้เซลล์สมองตายไปทีละน้อย ปริมาณของสารที่ทำหน้าที่ส่งผ่านคลื่นสมองลดลง ทำให้ความจำค่อย ๆเสื่อมลง ขาดความคิดอ่าน ขาดเหตุผล และในที่สุดไม่รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2543)

สัญญาณเตือนสำหรับคนที่เริ่มมีอาการของโรคอัลไซเมอร์มี 10 ประการคือ (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2543)

1. ความจำเสื่อมจนมีผลกระทบกับการ

ทำงาน

2. ไม่สามารถทำงานยาก ๆ ที่เคยทำได้อีกต่อไป

3. มีปัญหาในการใช้ภาษา

4. จำเวลาและสถานที่ไม่ได้

5. ไม่สามารถตัดสินใจได้หรืออาจตัดสินใจผิด ๆ ตลอดเวลา

6. มีปัญหากับความคิดแบบนามธรรม

7. วางของแล้วลืม

8. อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางลบ

9. บุคลิกเปลี่ยนไปในทางลบ

10. ขาดความกระตือรือร้นและความคิดริเริ่ม

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

เนื่องจากโรคนี้ยังเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน ปัจจัยเสี่ยงขึ้นอยู่กับสาเหตุโดยตรงและอาจมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคนี้มีดังนี้

1. อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น อาการสมองเสื่อมจะรุนแรงมากขึ้น ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะในคนที่อายุสูงกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้สูงกล่าวคือ ในคนอายุระหว่าง 60-85 ปี จะมีอัตราความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัวทุกระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านไป (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543 ; Cimmings, 1998)

2. เพศ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าเพศชาย ซึ่งยังเป็นข้อถกเถียงว่าอาจเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศหญิงหรือเป็นเพราะเพศหญิงมักจะมีอายุขัยสูงกว่าชาย ทำให้มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่า (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2541) จากการศึกษาปัญหาสมองเสื่อมในชุมชนแออัดคลองเตย ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 9 ราย เป็นเพศหญิง 8 ราย (กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุนนาค, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา และคณะ (2536 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) ได้ศึกษาผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยใช้ Mini-Mental-state Examination ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในตำบลศาลายา กิ่งอำเภอพุทธมลฑล จำนวน 228 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่การศึกษาของ วนาพร หลอยกร (2542) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 382 คน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพของไทย (Thai Mental State Exam หรือ TMSE) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

3. การศึกษา พบอาการสมองเสื่อมในผู้ที่มีการศึกษาต่ำมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จากการศึกษาของแอนโทนีและคณะ (Anthony et al., 1982, อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 8 ปี ในโรงเรียนมีระดับคะแนนการรับรู้เวลา ความตั้งใจการคำนวณ การรำลึก และการลอกเลียนแบบโครงสร้างต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษามากกว่า 8 ปี ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (วนาพร หลอยกร, 2542)

4. อาชีพ พบว่าอาชีพที่ไม่ต้องใช้ความเฉลียวฉลาดมากนักจะมีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อม

ได้มากกว่าผู้ที่ต้องใช้ความคิดมาก (กัมมันต์ พันธุมจินดา และ ศรีจิตรา บุนนาค, 2540) จากการศึกษาของอภิญญาและคณะ (2527 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) ได้อธิบายหลักทางชีววิทยาที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่า หากเด็นไดรต์ของเซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นมาก ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ความยาวหรือแขนงของเด็นไดรต์จะยิ่งยาว และซับซ้อนมากขึ้น การทำงานของสมองจะดีขึ้น การประกอบอาชีพเป็นตัวกระตุ้นสมองให้มีการคิด ตัดสินใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมอง สมองเป็นอวัยวะเดียวที่ใช้แล้วไม่เกิดการสึกหรอแต่จะเพิ่มสมรรถภาพด้านความจำโดยเฉพาะอาชีพครูต้องเรียนรู้ และจดจำ เพื่อนำมาถ่ายทอดต่อนักเรียน ทำให้ใช้สมองตลอดเวลา หรืออาชีพค้าขายทำให้ต้องฝึกการคิดเลข (วนารัตน์, 2538 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542)

5. รายได้ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก และประเทศอังกฤษพบว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Lee, 1987) อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค, 2540) ผู้สูงอายุที่มีอัตราการทำงานต่ำและรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ทำให้มีรายได้น้อยนำไปสู่การขาดอาหารที่มีคุณภาพซึ่งไม่เพียงพอในการเสริมสร้างร่างกายโดยเฉพาะสมอง อะบาแลน (Abalan, 1985 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ขาดอาหารจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมแบบอัลไซเมอร์ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ปกติ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้ง่าย

6. สัมพันธภาพและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวจะช่วยให้วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความสุข แต่ถ้าสัมพันธภาพภายในครอบครัวไม่ราบรื่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดทางด้านอารมณ์ และจิตใจ ทำให้ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่หลั่งเนื่องจากมีภาวะเครียดอาจทำลายเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส และฮัยโปธาลามัส ซึ่งมีผลทำให้ความจำ การปรับตัว และการฟื้นตัวของผู้สูงอายุช้าลง (Hamel et al., 1990 อ้างตาม วนาพร, 2542) และจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ทุกคนต้องช่วยกันทำมาหากินทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับหลาน การที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวทำให้ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือมีการกระตุ้นน้อยสมองจึงใช้งานน้อยลงหรือไม่ได้ใช้งาน หากผู้สูงอายุอยู่ในสภาพขาดการกระตุ้นเป็นเวลานาน ย่อมทำให้สมองฝ่อตามกฎการใช้และไม่ใช้งาน (ชูศักดิ์, 2532 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542)

7. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิต และจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง (สุรกุล, 2534

อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) และมีความซึมเศร้าน้อย และยังมีผู้ศึกษาพบว่าการไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม (อภิญญา และคณะ, 2536 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้สมองเสื่อมช้าลง

8. **เกี่ยวกับพันธุกรรม** พบว่าผู้ที่มีบิดามารดา หรือพี่น้องท้องเดียวกันเป็นโรคอัลไซเมอร์จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่สูงกว่าคนปกติประมาณ 4 เท่า ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จำนวนหนึ่งมีความผิดปกติในโครโมโซมที่ตำแหน่ง 21, 19, 14 และ 1 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการถ่ายทอดความผิดปกติของโรคได้ทางพันธุกรรมเป็นแบบลักษณะเด่น แต่พบผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่มีสาเหตุเกิดมาจากโรคทางพันธุกรรมแบบนี้น้อยมาก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) และในคนที่เป็นโรคอัลไซเมอร์อายุน้อยพบว่าประมาณ 40% จะมีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543) โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของโรคทางโครโมโซมบางอย่าง เช่น Down's syndrome จะมีอุบัติการของโรคอัลไซเมอร์สูง การศึกษาของอามาดิซซิและคณะ (Amaducci et al., 1988 อ้างตาม วนาพร หลอยกร, 2542) พบว่าผู้ที่มีกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syudrome) และมีอายุยืนยาวถึง 30-40 ปี จะมีพัฒนาการคล้ายโรคสมองเสื่อม

9. **ปัจจัยด้านอาหาร** พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มักมีปริมาณอะลูมิเนียมในสมองสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าการที่ร่างกายสะสมสารอะลูมิเนียมมากเกินควรจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้ อะลูมิเนียมจากอาหารส่วนใหญ่มาจากการใช้ภาชนะจากอะลูมิเนียม เช่น กาชงกาแฟ อะลูมิเนียม ห่ออาหาร หรือมาจากยาลดกรด ยาขจัดกลิ่นตัว อาหารตากแห้ง แสงแดด แต่อาหารที่มีแคลเซียมสูงสามารถลดการดูดซึมของอะลูมิเนียมในร่างกายได้ ฉะนั้นการดื่มนมไม่ได้ป้องกันกระดูกพรุนอย่างเดียว แต่ยังมีผลในการลดการสะสมอะลูมิเนียมในร่างกายด้วย และพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มักมีระดับวิตามินบี 12 ในเลือดต่ำ ข้อมูลเปิดเผยว่า 70% ของคนสูงอายุที่ขาดวิตามินบี 12 จะมีอาการของโรคความจำเสื่อมร่วมด้วย (ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2543)

การวินิจฉัยโรค

วิธีวินิจฉัยว่าเป็นโรคอัลไซเมอร์ที่แน่นอนที่สุดคือ การตัดเนื้อเยื่อสมองมาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ แต่เป็นเรื่องเสี่ยงอันตรายมาก ดังนั้นแพทย์จะใช้การวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นเช่นอาศัยข้อมูลต่างๆ ประกอบด้วย (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543)

- ประวัติการเจ็บป่วย
- การตรวจร่างกาย
- การตรวจสติปัญญา
- การตรวจอื่นๆ ที่ช่วยตัดประเด็นอาการหลงลืมเนื่องจากโรคอื่นๆ

สำหรับประเทศไทยการค้นหาสภาวะบกพร่องทางปัญญาได้ใช้แบบทดสอบสภาพจิตส่วนใหญ่ปรับมาจากแบบสอบถาม Mini-Mental Status Examination (MMSE) ของ ฟอล์สไตน์ (Folstein) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2541) เพื่อคัดกรองกลุ่มอาการสมองเสื่อม และมีการพัฒนาแบบทดสอบที่สำคัญ คือ Thai Mental Status Examination

(TMSE) ซึ่งสามารถใช้ทดสอบสมรรถภาพสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึก แบบทดสอบนี้ใช้ได้สะดวก โดยใช้เวลาในการประเมิน 10 นาทีต่อคน นอกจากนี้ยังมีความไวเชื่อถือได้ และเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย (วนาพร หลอยกร, 2542)

อาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์

ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ ส่วนมากจะเริ่มจากความจำเสื่อมในเรื่องใหม่ๆ ถ้ารุนแรงมากขึ้น ความจำในเรื่องเก่าๆ ก็เสื่อมด้วย บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เคยเป็นคนพูดน้อยกลับพูดมาก พูดไม่รู้เรื่อง บุคลิกภาพกลับเป็นเด็ก ถ้ารุนแรงมากๆ ก็ถึงขนาดไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีสติปัญญาด้อยลง ตัดสินใจผิดพลาด คิดเรื่องยากๆ หรือคิดแก้ปัญหาอะไรไม่ค่อยได้ ที่สำคัญอาการพวกนี้เกิดขณะสติสัมปชัญญะยังดีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาการของโรคเหล่านี้สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะได้ดังนี้ (วรรณนิภา บุญระยอง, 2541 ; สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2543)

ระยะแรก ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการ อาจเกิดอันตรายจากการขาดความระมัดระวังในการดูแลตัวเอง เช่น อาจขับรถด้วยความเร็วสูงจนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อมถอยลงทำให้เกิดความสงสัยหวาดระแวง มีปัญหาในการตัดสินใจการให้เหตุผลต่างๆ พฤติกรรมที่มักจะปรากฏคือ การแสดงอาการโกรธและวุ่นวาย ผู้ป่วยจะมีความสามารถด้อยลง ในการระลึกถึงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ แม้กระทั่งขั้นตอนของการทำกิจวัตรประจำวัน จะเริ่มถอยห่างจากการสังสรรค์สมาคมกับคนอื่น

ระยะที่สอง อาการค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะปกป้องตนเองออกจากอาการหลงลืมของตนเอง จะมีพฤติกรรมหลบหลีกถอยห่าง ระแวงไม่ไว้ใจใครและมีการหลงผิด มีปัญหาในการนอนหลับ อาจตื่นขึ้นมากลางดึก และมีอาการประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมซ้ำๆ มีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ค่อยใส่ใจกับสถานการณ์แวดล้อม ผู้สูงอายุมักจะหลงทางได้บ่อยในระยะนี้

ระยะที่สาม ความสามารถในการเคลื่อนไหวจะแย่ลง ทั้งการเดิน การควบคุมระบบขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ สูญเสียความสามารถแม้กระทั่งการเคี้ยวและการกลืน อาจมีปัญหาอื่นๆ แทรก เช่น ปอดบวม การติดเชื้อ การสำลักอาหาร ปัญหาทางการหายใจ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

การรักษาโรคอัลไซเมอร์

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคอัลไซเมอร์ การรักษาในปัจจุบันเป็นการให้ยาเพื่อปรับการเปลี่ยนแปลงทางเคมี การทำงานของสมองส่วนต่างๆ ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดได้แก่ ระบบอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2541) การรักษาคือ การทำให้สมองมีปริมาณอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) เพิ่มขึ้น เพื่อฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยให้กลับมาดีเช่นเดิม ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่มีจำหน่ายในท้องตลาดมี 3 ชนิดคือ Tacrine, Donepezil HCI, Rivastigmine ยากลุ่มนี้มีทั้งผลดี และผลเสีย การใช้ยากลุ่มนี้จำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

เพราะอาจเกิดผลแทรกซ้อนตามมาได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2541) อัลไซเมอร์ ในสตรีสูงอายุ อาจเป็นผลของการขาดฮอร์โมน เอสโตรเจนซึ่งฮอร์โมนนี้อาจมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่งเสริมการเจริญเติบโตของประสาทและมีผลทำให้ความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ผลระยะยาวของฮอร์โมนเอสโตรเจนยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดจึงยังไม่แนะนำให้ใช้เอสโตรเจนเพื่อป้องกันโรคอัลไซเมอร์โดยเฉพาะ (ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์, 2543) นอกจากนี้ มีการนำยาทางจิตเวชมาใช้เพื่อควบคุมอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ แต่จะใช้เมื่อจำเป็นเท่านั้น เพราะเกิดผลข้างเคียงได้ง่าย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2541)

การดูแลผู้ป่วย

แม้จะมียาขนาดใหม่ๆ มาสร้างความหวังและดูเหมือนจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น แต่หัวใจของการรักษาผู้ป่วยอัลไซเมอร์คือการดูแล ยิ่งถ้าวินิจฉัยโรคได้เร็วก็จะยิ่งช่วยในการวางแผนการดูแลได้ดีขึ้นแต่เนิ่นๆ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ จะให้การดูแลตามระยะการเกิดอาการ (กนกพร แจ่มสมบูรณ์ และคณะ, 2538 ; วรรณนิภา บุญระยอง, 2541)

ในระยะที่ 1 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคอัลไซเมอร์ ควรให้การดูแลดังนี้

1. การให้ข้อมูลแก่ญาติ การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมาก โดยเฉพาะการวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อให้ญาติ และครอบครัวได้มีโอกาสซักถามเตรียมตัวในการที่จะปรับตัวและช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยจะต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งข้อเท็จจริงไม่สร้างความหวังที่เป็นไปไม่ได้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อบอกความจริงแล้วควรประเมินความรู้สึกของญาติ ความต้องการความช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ญาติและผู้ป่วยด้วย

2. ช่วยกระตุ้นความจำ เช่น เขียนรายงานกิจกรรมประจำวันไว้เตือนความจำ จดหมายเลขโทรศัพท์ให้ทราบว่าผู้ดูแลจะอยู่ที่ไหน สอนวิธีการทำงานง่ายๆ เช่น การสวมเสื้อผ้า ซึ่งผู้ป่วยอัลไซ-เมอร์จะทำงานได้สำเร็จถ้ามีการสอนให้ทำเป็นขั้นเป็นตอน ลิ้นชัก ตู้เสื้อผ้า อาจเขียนฉลากปิดไว้ว่าภายในบรรจุอะไรอยู่

3. จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เหมาะสม โดยสังเกตและจำสถานที่ที่ผู้ป่วยมักนำของมีค่าไปซ่อนไว้ ปิดประตูตู้ ลิ้นชัก ใส่กุญแจ เพื่อลดสถานที่ที่ผู้ป่วยจะนำของไปซ่อน และเสนอที่จะหาของให้โดยไม่ตำหนิผู้ป่วย บอกผู้ป่วยก่อนทำกิจวัตรประจำวันและทำเมื่อผู้ป่วยยินยอมเท่านั้น

4. สร้างเสริมการสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม อาจมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ได้ยิน หรือในการที่จะพูดอะไรออกมา การเสริมสร้างการสื่อสาร จึงควรพูดด้วยช้าๆ ด้วยประโยคง่ายๆ โดยไม่เร่งรัดคำตอบ ให้ความเห็นหรือคำสั่งทีละเรื่อง หลีกเลี่ยงการถามคำถามหรือเสนอทางเลือกยากๆ เพราะการแสวงหาคำตอบจะทำให้ผู้ป่วยอัดอั้นใจมากขึ้น

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย อย่าจัดตั้งวางเฟอร์นิเจอร์ให้เกาะเป็นกลุ่ม ควรวางของใช้ในบ้านให้เป็นที่เป็นทาง ไม่ควรเคลื่อนย้ายบ่อย เก็บของมีอันตราย เช่น ของมีคม สารเคมี ไม้ขีด ให้ห่าง

จากผู้ป่วยมากที่สุด ควรเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องน้ำ พื้นห้องน้ำต้องปูพื้นไม่ลื่น มีราวสำหรับเกาะจับ

8. ส่งเสริมกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มากและนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองโดยให้เวลา ไม่เร่ง แต่คอยดูแลว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ให้คำชมผู้ป่วย และให้ทำกิจวัตรต่างๆ เป็นเวลา โดยเฉพาะเรื่องการขับถ่าย

ในระยะที่สอง ผู้ป่วยจะมีอาการเพิ่มมากขึ้น การดูแลในระยะนี้มีดังต่อไปนี้คือ

1. ดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การขับถ่าย ถ้าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ ควรส่งเสริมและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับนั้นมักจะเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยออกนอกบ้านในเวลากลางคืน ควรให้ผู้ป่วยได้เดินออกกำลังกายตอนบ่ายๆ ทำกิจกรรมต่างๆ แทนการนอนหลับพักผ่อนตอนกลางวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยหลับสบายขึ้นในตอนกลางคืน ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลับสบายขึ้น

3. ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นควรได้รับการดูแลเพราะจะทำให้สัมพันธภาพกับผู้อื่นเลวลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าก้าวร้าวหรือกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ควรระมัดระวังและสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะจะช่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทัน

ในระยะที่สาม เป็นระยะที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ไม่ควรละเลย เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยเป็นไปด้วยความยากลำบากและมีโอกาสผิดเพี้ยนได้ง่ายเพราะผู้ป่วยอาจจะไม่พูดถึงสิ่งผิดปกติ หรือพูดไม่ตรงกับอาการที่เป็น ทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือไม่ได้ ความหมายผิดพลาดไป เช่น ความเจ็บปวด ไข้ และความผิดปกติทางเมตาโบลิซึม อาจทำให้เกิดอาการสั่น ความก้าวร้าว หรือภาวะขาดน้ำได้ เป็นต้น ควรมีการบันทึกอาการต่างๆ ทั้งการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรคที่ควรนึกถึงเสมอ คือ กระดูกหัก โดยเฉพาะที่แขนขา การคั่งค้างของปัสสาวะ การสูญเสียเลือดเรื้อรังทำให้เกิดภาวะซีดและการมีแผลเรื้อรัง ควรให้การดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควรมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและยอมรับในการรักษา เพราะยาบางชนิดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อความจำ เกิดอาการสั่น อาการสับสนได้ โดยเฉพาะยาที่ใช้รักษาอาการทางจิต เช่น ยากล่อมประสาท ยาลดอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องสังเกตผลอาการข้างเคียงของยาและบันทึกเวลาในการให้อย่างระมัดระวัง

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย มีหลายด้านคือ

ด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนรัก เพราะผู้ป่วยระยะหลังอาจจำหน้าผู้ดูแล ญาติมิตรไม่ได้ นิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป การที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาและมักต้องรับภาระหนักอยู่อย่างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง จากความรู้สึกดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวังว่าทำไมโรคอัลไซเมอร์จึงต้องเกิดกับสมาชิกในครอบครัวของตน (ลิวรรณ

อุนนาภิรักษ์, 2541) เกิดความเบื่อหน่าย ความเครียดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณนิภา บุญระยอง (2543) พบว่าร้อยละ 86.2 ของผู้ดูแลที่ยอมรับว่าเป็นภาระที่ทำให้หนักใจ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวลครุ่นคิดถึงแต่ปัญหา

ด้านร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียง่าย (Robins, Macc & Lusus, 1982 ; อ้างตาม กนกพร แจ่มสมบูรณ์ และคณะ, 2538) และจากการศึกษาของคัยคอลท์-แกลล์เซอร์และคณะ (Kiecolt-Glaser et al., 1987 ; อ้างตาม จอม สุวรรณโณ, 2542) พบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดทางอารมณ์สูงส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้มีร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย

ด้านสัมพันธภาพ ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพใน 2 ส่วนคือ ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับผู้ป่วยและปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวโดยจากการศึกษาของ วรรณิภา บุญระยอง (2543) พบว่าปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นผลกระทบมาจากการสนทนาและการสื่อสารโดยผู้ดูแลร้อยละ 55.2 รู้สึกยุ่งยากลำบากใจจากอาการพูดบ่นซ้ำซาก จู้จี้มากขึ้นกว่าเดิมของผู้ป่วยทำให้เกิดความรำคาญ รวมทั้งการก้าวร้าวทางคำพูด และการพูดจาสับสนวกวนของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลฟังแปลความหมายไปในทางที่ผิดและเกิดความเข้าใจผิดขึ้นได้ ส่วนปัญหาสัมพันธภาพกับสมาชิก เกิดจากความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ เช่น ภรรยาที่ต้องดูแลแม่ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัวส่งผลทำให้เกิดความขัดแย้งกับสามี

ด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง แต่จากการศึกษาของวรรณิภา บุญระยอง(2543) ผู้ดูแล 29 ราย พบว่า 27 ราย (ร้อยละ 93.1) เห็นว่าการรับภาระ ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านไม่ได้ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลได้ให้เหตุผลว่าไม่ได้มีการใช้จ่ายพิเศษเพื่อการดูแลแต่อย่างใด ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่ารักษาเพราะไม่เคยพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และไม่ต้องจ้างคนดูแลพิเศษ ไม่ได้มีการจัดเตรียมอาหารเสริม หรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุแต่อย่างไร มีผู้ดูแลเพียง 2 รายเท่านั้นที่ต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลแต่ยังได้รับเงินช่วยค่าใช้จ่ายจากพี่น้อง การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์

พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้โดย (ลิวรรณ, อุณนาภิรักษ์ 2542 ; Robinson, 1989 ; Gallienne, Moore & Brennan, 1989 ; Brown & Holmes, 1991)

1. อธิบายให้ผู้ดูแลได้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาดูแลและวิธีที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย แนะนำทักษะการติดต่อกับผู้ป่วย สนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล พยายามให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อ

ผู้ป่วย ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่จะเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลซึ่งจะมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแล หรือทำให้ผู้ดูแลทอดทิ้งหรือทำร้ายผู้ป่วยสมองเสื่อม แนะนำวิธีการปรับสภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหา

2. จัดโครงการบริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน ซึ่งจะมีการเยี่ยมบ้านเพื่อรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยแนะนำการดูแลที่ถูกต้อง และอาจมีอาสาสมัครในชุมชนที่จะช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดอาหาร ช่วยซื้อของใช้ อยู่เป็นเพื่อน ทำความสะอาดบ้าน ช่วยพาผู้ป่วยไปในที่ต่าง ๆ เป็นต้น

3. ประเมินสภาพผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลมักจะโดดเดี่ยว ขาดการเกื้อหนุนและมีอารมณ์ซึมเศร้า ควรประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำงาน การใช้ยา ภาวะโภชนาการ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

4. ประสานงานกับกลุ่มในสังคมเพื่อจัดอาสาสมัคร หรือผู้เกษียณมาช่วยดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลประจำได้มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือไปทำกิจกรรมอื่น ๆ บ้าง

5. แนะนำญาติให้มีการผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย

6. แนะนำญาติให้รู้จักบริการของกลุ่มหรือหน่วยงานที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยสมองและผู้ดูแล โดยพยาบาลสามารถส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ มีความสามารถในการให้บริการมากขึ้น กลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้โดยศูนย์บริการสาธารณสุข อาจจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย นันทนาการให้เรียนรู้การเข้าสังคม การรับประทานอาหารและการใช้ยา และผู้ดูแลจะได้เข้ากลุ่มกับพยาบาล ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและได้ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ สร้างเครือข่ายระหว่างครอบครัวผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันเอง

7. บริการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยผ่านคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อแนะนำการดูแลผู้ป่วย ให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ แก่ผู้ดูแลพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการ

สรุป

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อม ที่รักษาไม่หายพบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน มีผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิดหรือเป็นลูกจ้าง (ในรายที่เศรษฐกิจครอบครัวดี) การดำเนินโรคจะรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลา แม้ว่าการรักษาเฉพาะยังไม่มี แต่การดูแลโดยผู้ดูแลที่มีความรู้ ความเข้าใจร่วมกับการมีระบบสนับสนุนที่ดี จะช่วยให้การดำเนินของโรคชะลอความรุนแรงลงได้บ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีระบบสนับสนุนที่ดี รัฐบาลควรส่งเสริมให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเข้ามาให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแล และพยาบาลสามารถเป็นแหล่งข้อมูลในการให้ความรู้ ฝึกทักษะ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและกลุ่มเครือข่ายที่จะให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งเป็น

ผู้ประสานระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและกลุ่มเครือข่ายที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือที่พอจะเป็นไปได้ นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทในการรณรงค์ เรื่องการดูแลสุขภาพ โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และการทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เพื่อเป็นการป้องกันโรคอัลไซเมอร์อีกทางหนึ่งด้วย

บรรณานุกรม

กนกพร แจ่มสมบูรณ์และคณะ. (2538). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์. **วารสารพยาบาล.** 44 (1), 17-21.

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2541). Alzheimer. **คลินิก,** 14 (12), 829-832.

กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค. (2540). **สมองเสื่อมโรคหรือวัย.** กรุงเทพฯ: คบไฟ.

จอม สุวรรณโณ. บทบาทพยาบาลในการบำบัดแบบองค์รวม. **วารสารพยาบาล,** 48 (1), 13-20.

ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. (กรกฎาคม 2543). โรคสมองฝ่อ. **ใกล้หมอ** 24 (7), 18-29.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2541). อัลซัยเมอร์-โรคสมองเสื่อม. **สารศิริราช,** 48 (6), 1029-1030.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2542). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอายุสมองเสื่อม **วารสารพยาบาลศาสตร์** 17 (1), 32-36.

วนาพร หลอยกร. (2542). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณนิภา บุญระยอง. (2541). **กิจกรรมบำบัด เพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม.** ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วรรณนิภา บุญระยอง. (2543). ภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ,** 1 (1), 11-17.

วราภรณ์ อาภัสระวิโรจน์. (2541). **พุทธชินราชเวชสาร,** 15 (3), 246-248.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิชและปิยะนุช แจ่มจำรัส. (2540). ผู้ป่วยสมองเสื่อม : ปัญหาที่พยาบาลควรให้ความสนใจมากขึ้น. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 15 (4), 25-28.

ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (กุมภาพันธ์ 2543). อาหารกับโรคอัลไซเมอร์. **สกุลไทย,** (2367), 51.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2543). สมองเสื่อมรู้ได้อย่างไร. **หมอชาวบ้าน,** 21 (250), 9-15.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : ไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

หมอบ้านนอก, (2540). สมองเสื่อมโรคยอดฮิต. **หมออนามัย** 7 (3), 33-37.

Brown P.J. & Holmes A.B. (1991). Australian caregivers of family members with dementia. **Journal of Gerontological Nursing**, 21 (1 Suppl), 23-30.

Cummings, J.L. (1998). Introduction Alzheimer's disease management. **Journal & Clinical psychiatog.** 59 (13 suppl), 4-29.

Robinson K.M. (1989). Predictors of depression among wife caregivers. **Nursing Research**, 38 (6 Suppl), 359-363.

Gallienne, R.L. (Moors) S.M.& Brennan, P.F. (1993). Alzheimer's caregivers psychosocial support via computer networks. **Journal of Gerontological Nursing**, 19 (12 Suppl), 15-22.